



**ВРАЧИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**  
региональная общественная  
организация

**№ 2–3 (02–03)  
НОЯБРЬ–ДЕКАБРЬ  
2013**



**САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**



# С НОВЫМ 2014 ГОДОМ!

*Подходит к концу первый год работы региональной общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга». О его итогах и планах на будущее рассказал президент РОО «Врачи Санкт-Петербурга», академик РАМН Генрих Александрович Софронов.*

**– Генрих Александрович, каким оказался для организации первый год ее работы?**

– Этот год прошел под эгидой нашего становления. Много времени нам пришлось посвятить организационным вопросам. Насколько разрозненно оказалось медицинское сообщество, мы в полной мере ощутили, наверное, только когда начали объединяться. Даже учредителям нашей организации оказалось непросто начать слаженно работать. Мы привыкли оставаться со своими проблемами один на один и пытаться решать их самостоятельно. Но, как выяснилось, проблемы у всех медицинских учреждений и у всех врачей схожие, и пути их решения можно и нужно искать общими усилиями. В перспективе это вполне реально, поскольку после 2016 года Минздрав планирует передать часть своих функций профессиональным общественным организациям.

**– Напомните, пожалуйста, какие полномочия Минздрава могут быть переданы общественным организациям?**

– В соответствии с законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» профессиональные медицинские организации, объединяющие не менее 25% медицинских работников субъекта РФ, смогут участвовать в аттестации врачей для получения квалификационных категорий. Кроме этого, они будут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил. Они смогут разрабатывать порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. Появится возможность формирования тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, участвовать в работе фонда ОМС, а также в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Надеюсь, что в ближайшие два года у нас получится объединить более четверти петербургских врачей, и тогда мы с вами получим возможность реально влиять на городское здравоохранение.



Уважаемые коллеги, поздравляю вас с наступающим Новым годом! Желаю вам здоровья, благополучия, семейного счастья и, конечно, спокойной уверенной работы! Хотелось бы, чтобы положительные тенденции в здравоохранении, которые наметились в последние годы, продолжились бы и в году наступающем. Надеюсь, что в 2014 году наше медицинское сообщество станет более сплоченным, и все проблемы, которые неизбежно встанут перед нами в наступающем году, мы будем решать совместно.

Еще раз поздравляю всех врачей Санкт-Петербурга с Новым годом и Рождеством! Будьте счастливы!

**Генрих Александрович Софронов – президент региональной общественной организации «Врачи Санкт-Петербурга» (РОО «Врачи Санкт-Петербурга»), Академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, вице-президент РАМН, директор НИИ экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН**

**– Что организация «Врачи Санкт-Петербурга» сделала за 2013 год?**

– Мы сформировали Совет и организовали приемную. И любой врач может обратиться в нее по вторникам с 14:00 до 17:00 по адресу: Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, д. 2, офис 202.

Мы создали функциональные структуры: правовой комитет, который возглавил Игорь Стефанович Фигурин, главный врач городской больницы № 2; комитет по этике, председателем которого стала Генриэтта Васильевна Рюмина, главный врач городского консультативно-диагностического центра № 1; комиссию по охране материнства и детства во главе с Анатолием Владимировичем Каганом, главным врачом детской городской

больницы № 1; комиссию по амбулаторно-поликлинической помощи, председателем которой был избран Андрей Александрович Команенко, главный врач СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 27».

Кстати, правовой комитет уже активно работает и обеспечивает врачам юридическую поддержку. К нам стали поступать обращения, как от Комитета по здравоохранению, так и от самих врачей.

Мы провели две крупных научно-практических конференции. В начале июля – конференцию «Мужское здоровье», а в конце октября – «Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре». Последняя вызвала широкий резонанс среди врачей и серьезный интерес у представителей Комитета по здравоохранению, Терфонда ОМС и Правительства Петербурга.

В 2013 году мы начали реализовывать одну из наших первоочередных задач – создавать единое информационное пространство для петербургских врачей.

Мы начали выпускать газету «Врачи Санкт-Петербурга», а с января месяца планируем запустить сайт, на котором врачи смогут найти медицинскую научную, практическую и организационную информацию. Помимо этого, наеемся создать

электронную систему подачи документов на повышение категории с возможностью получать в электронном же виде рекомендации по их корректировке. Хотелось бы еще создать единую базу врачей и единую базу врачебных вакансий.

**– Помимо запуска сайта, какие планы у организации на 2014 год?**

– Мы хотим наладить деятельность комиссий, которые мы создали в этом году так, чтобы они работали на деле. Основной упор, конечно, мы будем делать на правовую поддержку, поскольку юридическая помощь сейчас, едва ли не самое важное, в чем нуждаются врачи.

Также мы планируем продолжить заниматься разработкой предложений для создания стандартов оказания медицинской помощи.

Осенью мы хотели бы провести масштабную конференцию, посвященную проблеме оказания скорой или амбулаторной помощи.

В 2014 году финансирование федеральных клиник из государственного бюджета будет сокращено более чем на треть. Эти деньги государство планирует восполнить за счет средств ОМС. Как это будет выглядеть на практике, пока представить сложно. Понятно одно – медицинским учреждениям придется договариваться друг с другом, с Правительством Петербурга и Терфондом ОМС, чтобы рационально распределять средства. И мне представляется, нашей организации в этих диалогах будет принадлежать одна из существенных ролей.

В новом году мы планируем начать работу по добровольному страхованию профессиональной ответственности врачей, создать правила профессиональной этики для врачей, наладить взаимодействие с пациентскими организациями и многое другое.

**– Что бы вы хотели пожелать организации в новом году?**

– Прежде всего, интересной, интенсивной и плодотворной работы. А будет ли она таковой, зависит не только от учредителей и Совета организации, но и от ее членов. Мне бы очень хотелось, чтобы врачи активно включались в нашу работу. Ведь чем больше у нас будет идей и людей, которые смогут их реализовать, тем большего мы сможем достичь.

Уважаемые коллеги, приходите к нам со своими проблемами: вместе мы сможем их решить; обращайтесь с предложениями: вместе мы постараемся их реализовать.

## ЧИТАЙТЕ В НОМЕРЕ

- Диспансеризация: о чем не решаются заговорить доктора, и что думают юристы** **3**
- Будут ли в Петербурге лечить инсульты, как в Швеции?** **5**
- Где и как найти медицинские приложения для мобильных устройств** **6**
- Как защитить доброе имя врача?** **7**

Уважаемые коллеги, вы можете связаться с нами, отправив нам письмо по электронной почте: [info@vrachi-spb.ru](mailto:info@vrachi-spb.ru) или прийти лично в наш офис. Наш адрес: Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, д. 2, офис 202. Часы приема: с 14.00 до 17.00 еженедельно по вторникам

Если вы хотите вступить в организацию «Врачи Санкт-Петербурга», достаточно за-

полнить бланк заявления, который есть у руководителей вашего медицинского учреждения. Кроме того, можно подать заявление прямо на сайте организации [www.vrachi-spb.ru](http://www.vrachi-spb.ru), [www.vrachi-spb.ru](http://www.vrachi-spb.ru) или же написать заявление по установленной форме, которую тоже можно взять с нашего сайта, заполнить и отправить его по адресу: [info@vrachi-spb.ru](mailto:info@vrachi-spb.ru).



## 2013 ГОД В МЕДИЦИНЕ ПЕТЕРБУРГА

Информация Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

**Для повышения эффективности здравоохранения и доступности медицинской помощи в 2013 году проведены организационные изменения в структуре государственных учреждений здравоохранения города.**

### Проведена реструктуризация коечного фонда отделений

В региональных сосудистых центрах дополнительно развернуто около 250 коек для оказания медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

В 15 учреждениях здравоохранения Петербурга в круглосуточном режиме организовано оказание медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом.

Для лечения больных с тяжелой хронической дыхательной недостаточностью на базе СПб ГБУЗ «Введенская городская клиническая больница» создан Городской пульмонологический центр.

Развернуто 30 дополнительных коек для лечения хирургических осложнений сахарного диабета (диабетическая стопа) в СПб ГБУЗ «Городская больница № 14».

Дополнительно открыто онкологическое отделение на 30 коек в СПб ГБУЗ «Клиническая больница Святителя Луки».

На 30 коек увеличена коечная мощность радиологического отделения в ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)».

СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская» приступила к осуществлению

комплексного реабилитационного лечения больных с патологией центральной и периферической нервной системы, последствий травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

В СПб ГБУЗ «Городская больница № 8» в ближайшие дни будет открыто отделение сестринского ухода на 60 коек.

### Для амбулаторной помощи год стал переходным

Для амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга 2013 год стал переходным для проведения широкомасштабных профилактических мероприятий и развития сети учреждений, прежде всего, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров общей врачебной практики с участием негосударственных медицинских организаций.

Более 650 тысяч человек в этом году прошли диспансеризацию в поликлиниках и центрах общей врачебной практики, это в 10 раз больше, чем в прошлом году. Из числа граждан, прошедших диспансеризацию, 20% были взяты под динамическое диспансерное наблюдение.

### Разработана программа развития здравоохранения Петербурга до 2020 года

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и Федеральной «Дорожной картой» Правительством Санкт-Петербурга разработана и принята Программа развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года. Среди прочего в ней предусмотрены финансовое обеспе-

чение и механизмы реализации мероприятий по развитию паллиативной медицинской помощи и медицинской реабилитации.

### Паллиативная медицинская помощь

В соответствии с программой развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года (Распоряжение Правительства Санкт-Петербурга от 05.09.2013 № 65-рп) планируется:

- приведение в соответствие с порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению материально-технической базы имеющихся лечебных учреждений, оказывающих паллиативную помощь жителям города;

- приведение в соответствие с нормативно-правовой базой федерального уровня нормативно-правовых актов Санкт-Петербурга в области порядка оказания паллиативной помощи;

- увеличение паллиативных коек до 6 коек на 100 тыс. взрослого населения, а к 2020 году – до 10 на 100 тыс. населения;

- проведение подготовки специалистов высшего и среднего звена на базе кафедр последипломного образования по паллиативной медицине.

### Медицинская реабилитация

В рамках Плана мероприятий («Дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2013–2018 гг. в отношении реабилитации предусмотрено:

- перепрофилирование коечного фонда. Планируется ввести в эксплуатацию 180 коек ранней реабилитации, 500 коек в реабилитационных центрах и в отделениях медицинской реабилитации в составе многопрофильных городских стационаров, 30 коек дневного стационара для реабилитации в амбулаторных условиях, 60 коек сестринского ухода. В период до 2015 года в ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» запланировано проектирование и строительство нового лечебного корпуса на 480 коек;

- обеспечение трехэтапной системы медицинской реабилитации, объединяющей стационары экстренной медицинской помощи, стационары и отделения медицинской реабилитации, санатории, амбулаторно-поликлинические учреждения;

- создание системы маршрутизации пациентов, требующих проведения медицинской реабилитации, позволяющей обеспечить равномерное поступление больных в отделения и центры медицинской реабилитации.

Сейчас в городе не хватает коек в многопрофильных стационарах для первого этапа медицинской реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Дефицита коек в многопрофильных стационарах для первого этапа медицинской реабилитации пациентов с острым коронарным синдромом нет.

Дефицит коек в реабилитационных центрах и отделениях для медицинской реабилитации составляет 1000 коек. В отделениях дневных стационаров АПУ для медицинской реабилитации пациентов с указанными заболеваниями — 1200 коек.

## Чем еще запомнился 2013 год

### Ожидание донорского коллапса



В 2012 году доноры крови могли сами выбрать: будут ли они обедать после кроводачи или предпочтут денежную компенсацию за обед. В начале 2013 года Минздрав отменил денежную компенсацию и врачи замерли в ожидании донорского коллапса.

Последний долго ждать себя не заставил, и уже в мае на своем сайте Минздрав официально признал: за первые четыре месяца 2013 года число доноров клеток крови, по сравнению с прошлогодними показателями, сократилось почти на четверть (22%).

В конце июня денежные компенсации донорам вернули однако на протяжении всего года медицинские учреждения то и дело бросали клич с просьбой сдать кровь. По словам главного врача Городской станции переливания крови Владимира Краснякова число кроводач в этом году уменьшилось на 4%.

### Диспансеризацию выдиспансеризировали

С 2013 года началась всеобщая диспансеризация взрослого населения. Идея на первый



взгляд показала красной и Минздраву, и врачам. Но, когда дошло до воплощения, стало понятно: реализацию «наверху» несколько недоработали, и врачам придется адаптировать проект по ходу – «снизу». И врачи с задачей справились.

– Как и ожидалось, темпы диспансеризации к концу года значительно возросли и составляют сейчас около 100 тысяч человек в день – отменяли в Министерстве.

По данным сайта «Доктор Питер», некоторые области уже к концу ноября выполнили 90% намеченного Минздравом плана.

### Врачам обещали поднять зарплаты

Согласно президентскому указу от 07.05.2012 года N 597, к 2018 году зарплаты врачей должны достичь 200% от средней по стране. Во исполнение указа были утверждены региональные «дорожные карты», согласно которым уже в 2013 году средний размер оплаты труда врача в Петербурге должен составлять более 47 тыс. руб. Врачам обещали поднять зарплаты в течение всего года. К этому обещанию врачи относились хоть и с надеждой, но больше со скепсисом. Впрочем,



конечно же, повышения оплаты труда ждали. Дождались или нет – до конца не понятно. Правительство

города говорит, что зарплаты растут в соответствии с планом и к 31 декабря достигнут намеченных 47,2 тысяч рублей. А независимый сайт zpmedika.ru, созданный специально для мониторинга зарплат медиков, утверждает, что средний размер оплаты труда по специальности в Петербурге составляет 22 338,87 руб. с учетом налогов, а зарплата на одну ставку – 18 468,86 руб.

### Врачи начали объединяться

На протяжении многих лет доктора жаловались: стандарты лечения и тарифы оплаты услуг в Минздраве разрабатывают люди, ничего не смыслящие в медицине. Так нельзя: пироги должен печь пирожник, а от несведущих личностей од-

ни неприятности! И вот, свершилось: к 2016 году Минздрав пообещал передать часть своих полномочий профессиональным общественным организациям, после чего у врачей появится возможность участвовать в принятии многих важных решений. После этого заявления стало понятно: придется объединяться. В регионах начали появляться ассоциации врачей, а в Петербурге возникла Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга».

### Президент запретил называть медицину «обслуживанием»



По сообщению сайта «Доктор Питер», в конце года Президент России Владимир Путин подписал документ из 228 страниц, который вносит изменения в за-

коны, касающиеся медицинской помощи россиянам. Среди поправок оказалась одна, которая, может быть, кардинально не изменит ничего, кроме самоощущения врачей. Они больше не будут «обслуживать» пациентов. Слова «медицинское обслуживание» заменены в законе «О прокуратуре Российской Федерации» словосочетанием «медицинское обеспечение».

Иллюстрация: clip.dn.ua

# ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ПЕТЕРБУРГЕ: О ЧЕМ НЕ РЕШАЮТСЯ ЗАГОВОРИТЬ ДОКТОРА, И ЧТО ДУМАЮТ ЮРИСТЫ



**Всеобщая диспансеризация уже на протяжении года остается одной из самых обсуждаемых тем в медицинском сообществе Петербурга, а участковым врачам она и вовсе набила оскомину. В начале реализации проекта проблем было столько, что медики не знали, куда деваться, а некоторые доктора даже задумывались об увольнении. Что изменилось за год, и с какими трудностями сталкиваются поликлинические врачи сейчас?**

**Пятилетку в четыре года или как начиналась диспансеризация**

Еще в начале 2013 года городской Комитет по здравоохранению составил план, согласно которому каждая поликлиника должна была обследовать определенное число петербуржцев. Но диспансеризация в Петербурге началась с большим опоздани-

ем – не в январе, а в мае-июне. План при этом не изменился, и врачам поликлиник предстояло уложить пятилетку в четыре года. В некоторых поликлиниках участковые терапевты вместо пяти человек по диспансеризации в день вынуждены оказались принимать по десять. Это вдобавок к своей обычной нагрузке по участку.

Но дополнительно принять десять человек в день – еще не самая большая проблема, выяснилось, что их надо откуда-то взять. А народ в очередь на диспансеризацию сам собой не выстраивается. Во-первых, многие о ней не знают. А во-вторых, большинство людей, которых ничего не беспокоит, в поликлинику просто так не пойдут, – а зачем, если ничего не болит? Убедить их в обратном сложно, потому что культура отношения к здоровью в обществе не сформирована. Кто-то понимает, что проще обследоваться сейчас, чем лечиться потом, но этому «кому-то» надо же дойти до поликлиники, а в будни – работа, а в выходные – семья, отдых и домашние дела. А диспансеризация – дело добровольное, заставить пациента ее пройти врач не может. Все, что в его силах, – рассказать, как это нужно и важно. Вот, и оказались участковые врачи зажатыми между добровольностью диспансеризации и планом, который нужно выполнить любой ценой. Но как?

Поначалу главные врачи и заведующие поликлиниками предлагали участковым не только рассказывать о диспансеризации пациентам на приеме и во время вызовов на дом, но и обзванивать прикрепленных к участку лю-

дей в свободное время. Как и где его должен взять доктор, пашущий на полтора-два участка, не уточнялось. И это при условии, что докторов в поликлиниках и так не хватает.

Но и это еще не все, на «пойманного» и уговоренного «добровольца» врачу нужно было заполнить уйму медицинской документации, заполнить с душой и по всем правилам, иначе ОМС оштрафует.

Дополнительной головоломкой стал еще и вопрос, как обследовать людей по диспансеризации. Вместе со всеми? Но тогда они утонут в очередях на обследования, и вряд ли без особой необходимости еще когда-либо переступят порог поликлиники. Создавать для них отдельный поток? Но куда в этом случае девать больных, и сколько своей очереди будут ждать они? А если учесть, что время ожидания, скажем, УЗИ растягивается в некоторых поликлиниках на несколько недель, что будет, если людей по диспансеризации пустить без очереди? Еще вариант – увеличить рабочий день врача УЗИ и всех специалистов, связанных с проведением диспансеризации, но тогда им нужно дополнительно платить.

Вопросы оплаты труда врачей в начале диспансеризации тоже волновали. Кому-то руководство говорило, что никаких дополнительных денег не будет и проведение диспансеризации входит в обязанности участковых врачей. Кому-то говорили, что заплатят, но в конце года и сколько, не известно. Кому-то обещали ежеме-

сячные выплаты в зависимости от числа принятых пациентов.

В общем, вопросов у врачей было больше, чем ответов, а основных два: за что им этот ужас, и как теперь с ним жить?

**За полгода к диспансеризации приспособились, но проблемы не ушли**

За полгода врачи о диспансеризации уже и говорить, и думать устали. На контакт с прессой идут неохотно, а многие и вовсе боятся разговаривать. Те, с кем нам удалось пообщаться, согласились сказать что-то только при условии, что ни имен, ни поликлиник мы называть не будем.

**Диагностических возможностей поликлиник на всех пациентов не хватает**

В некоторых поликлиниках вопрос с увеличением пропускной способности диагностических кабинетов так и не решился.

– Мало талонов на УЗИ. Встает вопрос, кому дать талон: тому, кто у тебя лечится, или тому, кому показано в рамках диспансеризации. С августа появилось отдельное дополнительное время и талоны для проходящих диспансеризацию, но этого все равно не хватает, – сетует один из врачей.

**Мелочь, а приятно**

Радует, бесспорно, одно – все-таки, в поликлиниках, с врачами которых

нам удалось поговорить, за диспансеризацию доплачивают или обещают доплатить. Везде по-разному: где-то 200 рублей за человека, где-то – 4000 рублей в месяц, где-то – 7000 рублей – за два. Хотя в одной поликлинике доктор нам ответила, что им обещали дать премию частями: в августе и сентябре, но к ноябрю так и не дали.

**План – великий и ужасный**

Основной проблемой как был, так и остается план диспансеризации. Где-то о нем не вспоминают, но это, скорее, редкость, и в большинстве поликлиник с врачей требуют его выполнения. И большинство докторов до сих пор не знают о нем ничего, кроме того, что он есть, и его надо выполнять.

– Начмед твердит, что есть план, его надо выполнять. Хотя я приказ не видел, – примерно так реагируют на вопрос о плане большинство врачей.

Вопрос «а что будет, если не...?» иногда докторам в голову приходит, но задать его либо некому, либо страшно.

Кстати, почти все врачи говорят, что желающих пройти диспансеризацию стало в разы больше. Вероятно, реклама стала приносить свои результаты. Поликлиники размещали информацию о диспансеризации и в местных СМИ, и давали звуковую рекламу в метро, и развешивали объявления в парадных, и раскладывали приглашения в почтовые ящики. По словам докторов, молодежь, правда, идет неохотно, обращаются, в основном, люди среднего и старшего возраста.

## Справка:

По информации Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, план по диспансеризации определенных групп взрослого населения в городе составляет 844 777 человек (20% от численности взрослого населения).

На 28 ноября 2013 года диспансеризацию прошли 536 102 человека, это 64% от годового плана. Среди районов города наибольший охват жителей диспансеризацией в Петродворцовом (78%), Выборгском (72%), Красногвардейском (72%), Центральном (71%), Красносельском (69%), Приморском (68%) районах.

В этом году 56% от всех прошедших диспансеризацию – это работающие люди. По распространенности факторов риска на 1-м месте – низкая физическая активность, на 2-м – нерациональное питание, на 3-м – повышенный уровень артериального давления, далее – ожирение, курение и пр.

Среди прошедших диспансеризацию, всего 25% людей, отнесенных к 1-й группе здоровья, т.е. практически здоровых; 23% – ко 2-й группе (с факторами риска) и 52% – к 3-й группе (имеющие заболевание или факторы риска, требующие динамического наблюдения).

За время проведения диспансеризации выявлено 25 тысяч случаев болезней системы кровообращения, 1364 случаев сахарного диабета, 380 случаев подозрений на новообразования.

89 тысяч человек (17%) направлены на 2-й этап диспансеризации для дообследования.

## Вопросы, которые врачи хотели бы задать юристу, но не решались

*Организация диспансеризации, конечно, оставляет желать лучшего. Но, пообщавшись с врачами, мы поняли, что проблема не только в этом, а еще и в том, что доктора не знают, как поступить в той или иной ситуации, и не представляют, какая юридическая ответственность за проведение диспансеризации на них лежит. Вопросы к юристам у них есть, у всех, как правило, одни и те же, но от себя они задавать их пока не хотят. Мы решили сделать это от их имени. А ответила на них юрист-консульт городской больницы №40 Наталья Олеговна Земляченко.*

**В поликлиниках существует план по диспансеризации, согласно которому врачи должны обследовать строго определенное число пациентов. Вправе ли руководитель поликлиники требовать от докторов выполнения плана, и в соответствии с какими нормативными документами?**

– Диспансеризация определенных групп взрослого населения в стране проводится на основании и в порядке, установленном статьей 46 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

в Российской Федерации», приказом Минздрава России от 03.12.2012 г. № 1006-н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее Приказ).

На уровне Санкт-Петербурга план проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения на 2013 год по месяцам и районам был установлен Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 12.04.2013 г. № 140-р «О подготовке к проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения в Санкт-Петербурге».

Анализ перечисленных документов позволяет утверждать, что план проведения диспансеризации должен составляться во всех лечебно-профилактических учреждениях, ее осуществляющих.

Ответственность за проведение диспансеризации на соответствующих уровнях несет руководитель медицинской организации, медицинские работники отделения (кабинета) медицинской профилактики, врач-терапевт. И руководитель медицинского учреждения вправе требовать выполнения

плана от врачей, участвующих в диспансеризации.

**Может ли врач отказаться от выполнения плана, и на каком основании?**

– Выполнение функций в рамках диспансеризации для медицинских работников ничто иное, как исполнение своих непосредственных должностных обязанностей. План является неотъемлемой частью диспансеризации, и отказаться от него врач-терапевт не может. Отказ от выполнения плана может быть расценен как неисполнение должностных обязанностей.

**Поскольку диспансеризация добровольна, врач не может гарантировать выполнения плана. Могут ли наказать доктора, если от плана он не отказывался, но в нужном объеме его не выполнил?**

– Здесь важно понять, почему так произошло, и сделал ли врач все, что от него зависело, для выполнения плана. По большому счету, все, что должен сделать врач, это оказаться на рабочем месте в установленные по графику часы приема и проинформировать людей о необходимости диспансеризации.

При отсутствии вины работника, привлечение к ответственности становится

неправомерным. Однако, если вину сотрудника доказать все же удастся, руководитель вправе применить к нему дисциплинарное взыскание в виде замечания или выговора, но не более того.

**Как именно должен участковый терапевт информировать население о диспансеризации, и вправе ли руководитель амбулаторного медицинского учреждения требовать от врачей обзванивать людей, прикрепленных к участку?**

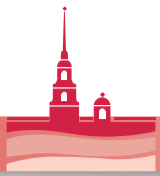
– Как именно врач должен информировать население в Приказе Минздрава не уточняется, поэтому здесь все зависит от врача. Впрочем, если доктор рассказывал своим пациентам о диспансеризации во время приема и вел разъяснительную работу с пациентами и членами их семей во время вызовов на дом, вполне можно считать, что свои задачи по информированию терапевт выполнил. Упрекнуть его в обратном никто не сможет. И, тем паче, никто с него никаких обзвонков требовать не должен.

Другое дело, если руководитель амбулаторного медицинского учреждения выпустил дополнительный приказ, в котором уточнялось, как именно врач должен информировать о диспансеризации население на своем участке. Но в этом случае, должно быть пись-

менное подтверждение того, что врач с этим приказом ознакомлен. Кроме того, эти уточнения должны быть внесены в должностную инструкцию участкового терапевта, при этом необходима его подпись, свидетельствующая, что с изменениями врач ознакомлен. Только в этом случае руководитель амбулаторного учреждения вправе требовать с участкового работу по конкретным методам информирования населения. Однако, скорее всего, доказать, что сотрудник ее не выполнил, будет непросто.

**Вправе ли руководитель амбулаторного медицинского учреждения требовать с сотрудников выполнения работы по диспансеризации, если она будет выходить за рамки рабочего времени?**

– Нет. Вся деятельность врачей, связанная с диспансеризацией, должна укладываться в график работы врача. Вопросы, связанные с организацией диспансеризации в том случае, если объем работы возрастает настолько, что специалист не успевает его выполнить в рабочее время, решаются администрацией ЛПУ с использованием имеющихся кадровых и материально-технических ресурсов в соответствии с действующим трудовым законодательством.



# О ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

**В конце октября организация «Врачи Санкт-Петербурга» провела первую городскую конференцию «Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре». Подготовка конференции была поручена 3-й городской больнице.**

Врачи разных специальностей собрались в конференц-залах гостиницы «Санкт-Петербург», чтобы обсудить вопросы организации лечебного процесса, новые способы диагностики и лечения, а также поделиться проблемами своих стационаров. В конференции приняли участие доктора не только из Петербурга, но и со всего Северо-Запада. Большой интерес к ней проявили представители Правительства Санкт-Петербурга, Комитета по здравоохранению и Терфонда ОМС.

Мы встретились с одним из основных организаторов конференции – главным врачом 3-й городской больницы Евгением Константиновичем Гуманенко, и задали ему несколько вопросов.

**– Евгений Константинович, почему первая конференция «Врачей Санкт-Петербурга» посвящена именно этой теме – оказанию помощи в многопрофильном стационаре?**

– Мы хотели провести конференцию, которая затронула бы одну из животрепещущих тем городского здравоохранения и которая была бы интересна врачам разных специальностей. Такой темой стало оказание специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Модернизация, прошедшая в течение 2012–2013 гг., и сосудистая программа, реализованная в 2010–2011 гг., коснулись, в основном, многопрофильных стационаров. Каждому из них эти программы принесли свои плоды. У всех больниц свои особенности, возможно-

сти и трудности, поэтому на конференции нам уже было, что обсудить. И, на мой взгляд, важно, что мы смогли поговорить не только о вопросах организации лечебного процесса, но и о нюансах диагностики и лечения. А главное, что у всех многопрофильных стационаров города появилась возможность поделиться своим опытом друг с другом и совместно попытаться преодолеть общие трудности или найти выход из проблемных ситуаций.

**– С лечением каких заболеваний у многопрофильных стационаров возникают наибольшие сложности?**

– В первую очередь, с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Этой патологии на конференции мы отделили целую секцию. В формате конференции мы постарались вынести проблемные моменты в доклады секционных заседаний в зависимости от профиля секции. Основные вопросы, которые обсуждали на хирургической секции, были связаны с перитонитом и желудочно-кишечными кровотечениями; на травматологической – с сочетанными травмами; на нефрологической – основной упор делался на лечении хронических болезней почек, в том числе хронической почечной недостаточности. Но, все же, самыми значимыми направлениями конференции, на мой взгляд, стали наиболее актуальные вопросы диагностики и лечения острого коронарного синдрома (ОКС), инфаркта миокарда (ИМ) и, повторюсь, острого нарушения мозгового кровообращения.

**– Почему наибольшее внимание конференции привлекли именно ОКС и ОНМК?**

– Во-первых, это самые распространенные заболевания, наиболее часто приводящие пациентов к инвалидности и смерти в нашем городе. Во-вторых, сосудистая программа

и программа модернизации, в первую очередь, коснулись их лечения.

Как отметил в своем докладе А.Н. Яковлев, заведующий научно-исследовательской лабораторией острого коронарного синдрома Центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова, благодаря этим программам в городе созданы 15 сосудистых центров и разработана четкая система оказания помощи пациентам с ОКС. В итоге, в течение последних трех лет медицинская помощь для этих пациентов стала более доступной и качественной. Ежедневно в Петербурге круглосуточно дежурят от 5 до 9 центров, но в последнее время их количество увеличивается. В течение 2013 года обеспеченность сосудистыми центрами возросла до 1 на 900 тысяч населения и приблизилась к стандартам европейских программ – 1 центр на 600–800 тысяч населения. Сейчас в городе есть все возможности для реализации европейских стандартов оказания специализированной медицинской помощи, которые предусматривают выполнение коронарографии и ангиопластики в первые часы заболевания более чем 70 процентам пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ. В последнее время в Петербурге возросло число эндоваскулярных вмешательств больным с ОКС, а в 2013 году эта цифра приблизилась к 7 тысячам, однако этого все равно недостаточно, и потребность в увеличении этих вмешательств сохраняется. В связи с улучшением помощи, в последние три года снизилась смертность от первичного ИМ на 16%, хотя летальность от ИМ в городе остается достаточно высокой и превышает 15%. Мониторинг летальности при ОКС и пути ее снижения также обсуждались на конференции.

**– Вы говорили, что основные проблемы многопрофильных стационаров связаны с лечением**

**ОНМК, в чем они заключаются?**

– Любая многопрофильная больница может сказать, что она завалена неврологическими больными, и непрофильность госпитализации идет, в основном, за счет них. Программа модернизации в отношении специализированной медицинской помощи пациентам с ОНМК до конца еще не реализована. По идее, такие пациенты должны поступать в первичные сосудистые центры, но эти центры в достаточном количестве пока не созданы. В итоге получается, что больные с ОНМК переполняют отделения неврологии. Каждому пациенту нужна компьютерная томография. Томограф в стационаре обычно один, два – максимум, образуется очередь. За 40 минут, которые наиболее эффективны для прогноза, обследовать всех нуждающихся сложно. Если пустить всех неврологических больных, то остальные пациенты, которые поступают в больницу, а их около 350 человек в день, будут ждать очереди. Вот, как решить эти проблемы: введением первичных сосудистых центров или увеличением пропускной способности стационаров за счет еще большего их оснащения? Это вопрос, который нужно решать сообща, опираясь на свой опыт и опыт коллег. Решить его на конференции мы, естественно, не смогли, но, во всяком случае, поделились мнениями.

**– Наверняка в ходе обсуждения каких-то вопросов появились варианты их решения. Какова вероятность того, что они превратятся в жизнь?**

– Да, бесспорно, такие решения появились. К примеру, долгое время оставался дискуссионным вопрос,



**Евгений Константинович Гуманенко – главный врач 3-й городской больницы (Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы), академик РАЕН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Медицинского факультета СПбГУ.**

стоит ли оперировать пациентов с геморрагическим инсультом. Это очень интересная проблема, в практическом отношении, и не знаю, обсуждалась ли она где-либо еще. На конференции в дискуссии принимали участие и ученые из нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова, и практикующие врачи из 3-й, 17-й, 26-й городских и Мариинской больниц. Два года назад хирургическое сообщество утверждало, что оперировать нельзя. Но сегодня оно уже не столь категорично. И опыт нашей больницы говорит, что есть положительные результаты от операции при кровоизлияниях определенного характера. А это значит, что оперировать можно и нужно, но при определенных показаниях. А показания эти надо разрабатывать и утверждать. Думаю, что подобного рода предложения можно претворить в жизнь, но все будет зависеть от нашей активности. Главное, чтобы мы после этой конференции стали работать дальше, чтобы все не закончилось как всегда: поговорили и разошлись.



**Ольга Александровна Казанская – вице-губернатор Санкт-Петербурга**

У нас около 35 тысяч коек в городских стационарах и около 9 тысяч – в федеральных. С точки зрения обеспеченности коечным фондом, это в полтора-два раза больше, чем в других развитых странах, однако качество стационарной помощи у нас несколько хуже.

Одна из причин этого – недостаточно активная работа амбулаторного звена, из-за которой стационары вынуждены брать на себя часть функций поликлиник. Кроме того, у нас традиционно очень большая продолжительность нахождения пациентов в стационарах. В среднем по России она составляет около 13 дней, в Петербурге – чуть меньше, но в развитых странах эта цифра несравнимо ниже.

В то же время, с качеством оказания медицинской помощи у нас тоже множество проблем. Не так давно мы совместно с Терфондом ОМС проводили анализ качества оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения в наших стационарах и в сосудистых центрах. Окончательные итоги исследования мы подведем чуть позже, но уже сейчас понятно, что нас не устраивает ни «средняя температура по больнице», ни разброс в качестве оказания медицинской помощи. Например, при лечении ОКС 37% претензий связаны именно с качеством оказания медицинской помощи. Наверное, к сожалению, не всегда в наших стационарах должным образом организован лечебный процесс, кое-где, зачастую, видимо, по-прежнему используются устаревшие технологии диагностики и лечения.

Отрадно отметить, что серьезное внимание конференции уделяется лечению сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся одной из основных причин смерти петербуржцев.

Впрочем, многие проблемы петербургского здравоохранения отражают общероссийские тенденции. Я очень рассчитываю, что конференция даст импульс к решению этих проблем, во всяком случае, в Петербурге. Мы были бы рады, если бы петербургские врачи по итогам конференции выработали рекомендации, которые органы государственной власти с большим удовольствием услышали бы, обсудили и постарались внедрить в жизнь.



**Валерий Михайлович Колабутин – председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга**

На мой взгляд, эта конференция уникальна. Во-первых, проблемы оказания медицинской помощи в многопрофильных стационарах – одни из самых актуальных в петербургском здравоохранении. Во-вторых, конференция освещает широкий спектр вопросов, как организационного, так и лечебно-диагностического плана,

практически по всем специальностям. Хочется отметить то беспрецедентное внимание, которое уделяется в программе конференции направлению, которое имеет наибольшее значение для улучшения качества оказания медицинской помощи – внедрению протоколов, порядков и стандартов оказания медицинской помощи. В этом плане наш город в числе лидеров в стране: за несколько лет мы разработали сотни стандартов, которые сейчас успешно используются в городском здравоохранении.



**Генрих Александрович Софронов – президент РОО «Врачи Санкт-Петербурга», академик РАМН, з.д.н. РФ, вице-президент РАМН, директор НИИ экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН.**

Возможность обсудить самые актуальные проблемы оказания специализированной помощи и поделиться опытом, бесспорно, важна и, надеюсь, благотворно отразится на работе наших стационаров. Мне особенно хотелось бы подчеркнуть, что, создавая нашу общественную организацию, одной из основных целей мы ставили консолидацию усилий государственных, городских и федеральных медицинских учреждений для совершенствования здравоохранения Петербурга. Кроме того, нам хотелось бы прийти к тесному сотрудничеству между научно-исследовательскими и клиническими учреждениями. Мы должны помогать друг другу и объединяться, чтобы расширить возможности оказания медицинской помощи петербуржцам. Конференция «Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре», на мой взгляд, открыла диалог между учреждениями разного подчинения и разной направленности и помогла сделать один из первых шагов на пути к достижению нашей цели. Мы постараемся сделать так, чтобы эта конференция стала ежегодной.

# БУДУТ ЛИ В ПЕТЕРБУРГЕ ЛЕЧИТЬ ИНСУЛЬТЫ, КАК В ШВЕЦИИ

**Швеция считается одним из лидеров по лечению инсульта в Европе. По оснащенности и возможностям оказания высокотехнологической помощи пациентам петербургские клиники не уступают шведским, однако смертность от этого заболевания у нас в два-три раза выше. Почему так происходит и чем шведский подход к лечению инсульта отличается от петербургского, рассказала руководитель Регионального сосудистого центра при Александровской больнице Татьяна Витальевна Харитонова.**

Конечно, важно, что по порядкам оказания помощи, оборудованию и возможностям оказания высокотехнологической помощи Петербург не уступает Швеции, но это не главное. У шведов совершенно иная концепция подхода к такому состоянию, как инсульт. Во-первых, шведы понимают, что его легче предупредить, чем лечить. Во-вторых, и врачи, и население, наконец, осознали, что инсульт – неотложное состояние, а не безнадежное. Основной упор они делают на профилактику и минимальные затраты времени на доставку пациента в стационар, постановку диагноза и скорейшее начало лечебных мероприятий.

**Профилактика: у нас – на словах, у них – на деле**

Предупреждению инсульта в Швеции уделяют не меньшее внимание, чем лечению. На государственном уровне создаются образовательные программы для населения, а в средствах массовой информации постоянно размещается социальная реклама. Кроме того, в Швеции людей активно приглашают на профилактические осмотры: на дом приходит письмо с указанием зарезервированной для человека даты, часов визита к врачу и телефона, по которому можно договориться о переносе на более удобное время. А самое важное, что и шведские врачи, и шведские пациенты понимают важность профилактики.

Петербургские доктора тоже говорят о ее необходимости, но из-за постоянной перегрузки поликлиник дальше слов, как правило, дело не идет, а пациенты и вовсе надеются, что инсульт случится либо не в этой жизни, либо не с ними.

**«Время = мозг»: как шведы считают минуты**

«Время = мозг» – этой формуле подчинена вся система организации помощи при инсульте в первые часы заболевания. Ежеминутно после инсульта погибает около двух миллионов клеток мозга, и чем скорее будет начато лечение, тем легче и быстрее будет восстанавливаться организм. Наиболее эффективной считается помощь, оказанная в первые 4-5 часов от начала заболевания. Врачи в России стараются уложиться в эти часы, а в Швеции – экономят каждую минуту.

Бригады «Скорой помощи» в Швеции максимально стараются сократить время в пути до клиники. По дороге они оповещают стационар, принимающий больного, и к моменту доставки пациента медики уже подготовлены. Более того, больного часто привозят напрямую на компьютерную томографию (КТ), а тромболитическую терапию (ТЛТ), при необходимости, начинают в кабинете КТ.

В России эта система не всегда работает слаженно. «Скорая» может ради экономии времени передать пациента не в реанимацию, а в приемное отделение стационара, и на оформление в «приемнике» уходит время. КТ, конечно, могут сделать сиюминутно, но пациентов поступает много, и нередко исследования приходится ждать еще какое-то время. ТЛТ в кабинете КТ не делают, для этого пациента транспортируют в другое помещение, и на это тоже уходит время. А если вдруг выясняется,

что стационар не может оказать помощь пациенту в необходимом объеме, перевести его в более квалифицированную клинику довольно трудно. Во-первых, времени на транспортировку, скорее всего, уже не хватит. Во-вторых, перевести пациента из одного стационара в другой – дело хлопотное, в итоге получается, что проще и разумнее оставить все, как есть, чтобы не стало еще хуже. Кроме того, в Петербурге пациенты с инсультом в сосудистые центры, предназначенные специально для их лечения, попадают не всегда, случается, что их привозят в отделения неврологии обычных стационаров.

В Швеции все пациенты с инсультами лечатся в инсультных центрах, и перевод в более квалифицированную клинику происходит быстро и без лишних сложностей.

**Сосудистые центры в Швеции и в Петербурге**

В зависимости от функциональных возможностей инсультные центры в Швеции делятся на первичные и комплексные.

Первичные инсультные центры – это центры с минимально необходимым штатом, инфраструктурой и протоколами. Они обеспечивают возможность адекватной диагностики и лечения большинства пациентов с инсультом.

Комплексные центры предоставляют диагностическую и лечебную помощь большинству пациентов с инсультом, но также и высокотехнологическую помощь, в т. ч. хирургическую. Также в них доступны новые методики диагностики и реабилитации, специализированные исследования, автоматический мониторинг множества физиологических параметров, интервенционная радиология, сосудистая хирургия и нейрохирургия.

Как правило, пациент попадает сначала в первичный инсультный центр, а если выясняется, что ему нужна более квалифицированная помощь, то его переводят в комплексный инсультный центр.

Несколько лет назад в Петербурге начали создавать систему помощи пациентам с инсультами на основе европейской модели. Сейчас в городе работает 6 комплексных, так называемых Региональных сосудистых центров. Кроме них, пациенты могут попадать в отделения неврологии других стационаров. Первичных пока не хватает, но есть распоряжения об их организации, и в ближайшие полгода должны появиться еще 13 первичных сосудистых центров, которые почти полностью покроют потребности города.

**Будет ли в Петербурге, как в Швеции?**

Затраты на медицинское обслуживание в Швеции больше, чем в России. Клиники могут позволить себе закупать оборудование ведущих производителей в том объеме, который определяется их потребностью, а не ограниченным количеством денег. (Впрочем, как уже говорилось, принципы оснащения петербургских сосудистых центров не уступают шведским, врачи работают на современном импортном оборудовании.) На организацию работы клиники тоже не жалеют денег, так, например, приборки с материалом для анализов не носят с этажа на этаж, а отправляют пневмопочтой. Да, система транспортировки стоит недешево, но это окупается экономией времени и трудозатрат. Медработников в шведских клиниках намного больше, чем в российских, особенно среднего и младшего медицинского персонала. Да и работают медсестры и санитары в шведских клиниках с большим энтузиазмом. В Швеции эти профессии считаются престижными и хорошо оплачиваются. Более того, каждый медработник занят своим делом и скрупулезно выполняет свои обязанности. Одним словом, система оказания медицинской помощи и взаимодействия персонала ра-



ботает как часы, а потому результат выходит быстрым и эффективным.

Правда, в Петербурге шведские часы, скорее всего, без дополнительной настройки не пойдут. И дело здесь даже не столько в экономических затратах или схемах работы, дело в российском менталитете.

Мы можем полностью скопировать европейскую модель оказания помощи при инсультах, оснастить сосудистые центры по последнему слову техники, наладить строгое исполнение стандартов и порядков оказания помощи и разработать детальные схемы взаимодействия медперсонала. Качество оказания помощи улучшится, бесспорно, но, как в Швеции, все равно не получится. Во всяком случае, сразу.

К сожалению, здоровье для большинства россиян не является ценностью. Теоретически все мы понимаем, что здоровье – это важно, за ним надо следить и все в том же духе. А на практике должного внимания к своему здоровью не проявляют даже сами врачи. «Ай, обойдется, не помру!», «Само пройдет...» или «Со мной этого

не случится» – три фразы, которые полностью описывают подход большинства русских людей к состоянию своего здоровья. Поэтому и отношение к профилактике у нас наплевательское и к лечению тоже.

Ужас еще и в том, что и для врачей здоровье пациента – значимая, но не основная ценность. Иногда нежелание наживать себе неприятности с контролирующими организациями, например, из-за дополнительных затрат на лечение, или связываться с бюрократическими проволочками оказывается доминирующим. А порой и подход к больному, мягко говоря, удивляет. Шведы вряд ли бы могли представить себе ситуацию, в которой врач, оповещенный о том, что привезли пациента с инсультом, не ринется оказывать помощь, а будет допивать чай. И дело не в том, что он не знает о двух миллионах клеток мозга, погибающих ежеминутно после инсульта. Дело в чем-то еще, может быть, в вечном нашем «ай, да успею» или «авось обойдется». А обходится, как правило, дорого, и обществу в целом, и пациенту, в частности.

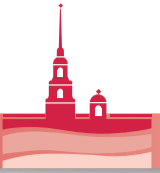
## К ВОПРОСУ О МЕНТАЛИТЕТЕ...

Публик «Наше тело» соцсети «ВКонтакте» опубликовал заметку о том, как русские доктора ездили к японским – опыта набираться.

**Особенности национальной медицины**

Ездили наши нейрохирурги в Японию опыта набираться. Привезли оттуда видеокассету со съемкой операции. Сами у себя сняли такую же, но постеснялись показать и привезли назад. И так. Япония. Огромное помещение, в центре – операционный стол, сверху, как в космическом корабле, нависают агрегаты. Безмолвные люди в зеленом упаковывают больного в стерильные простыни, бритую голову заклеивают стерильной пленкой. Все медленно, аккуратно. Тишина, словно звук отключен. Оказывается, хирург, который не оперирует, медсестрам шепотом подсказывает, какой инструмент подавать. Особым электронным скальпелем делается надрез, ассистенты новомодным отсосиком убирают кровь, клипсами зажимают края раны. Постепенно обнажается череп. Смена состава. Сверху подают агрегат – дрель на штативе с маленьким сверлом на конце. Доктор только направляет, дрель, тихо жужжа, делает все сама. Долго. Надоедает. Проматываю. Так, все еще сверлит. Проматываю все. В конце больной, как гусь умирающий, вяло смотрит в камеру.

Россия. Кафель. Ноги в бахилах. Таз с обрывками бинтов и ваты. Голоса: «Сема, блин, ты куда камерой тычешь? Голову снимай! Маш, а ты тушенку купи! Почему нога дергается? Уйди, сейчас уснет!» Голова, на которой зеленой лихого намалевана окружность... Снова голоса: «Режь давай, до ночи не управимся! А где Клава-то? Я деньги принесла, а она где? Не бери ерунда, а не тушенка!» Под кожу вводится новокаин из шприца, раз скальпелем, и быстренько отслаивают скальп – видна кость. Голоса: «А я, главное, аккумулятор домой принес и забыл про него! Завожу-завожу... Дрель! Блин, опять заело... Михалыч, тут вот подкрути... Да... Ой!.. Ага!» Хирург берет дрель – коловоротик с винтом, таким в мезозое кокосы сверлили. Дрын, дрын, дрын... Три дырки в черепе! В этом месте мне становится смешно. Доктор, по-свистывая, орудует пилкой, и голоса, голоса... Короче, японцы делают первый надрез – наши уже во всю копаются в мозгах. В конце большой с замотанной головой сидит в трениках на койке и со здоровым готом показывает в камеру большой палец. Доктор извиняющимся тоном грустно объясняет: «Ну и как это людям показывать? Мало того, что черт-те чем, черт-те где, в пять раз быстрее, так еще и выживаемость на шесть процентов больше!»



## m-HEALTH: С ЧЕМ ЕГО ЮЗАЮТ\*

### Обзор приложений для мобильных устройств

ходить проверку на наличие вредоносных программ, безопасность и совместимость, а затем медицинским работникам будет предложено оценить их по функциональности, удобству и содержанию. Пройдя регистрацию на сайте компании (<http://www.happtique.com>), вы получите доступ к бета-версии платформы мобильного здравоохранения, с помощью которой можно скачивать медицинские приложения или назначать их использование своим пациентам.

Новости и обзоры медицинских приложений от и для профессионалов в области здравоохранения вы также можете найти на следующих сайтах:

<http://www.medicalappjournal.com>  
<http://www.imedicalapps.com>  
<http://www.klasresearch.com>  
<http://mobihealthnews.com>

#### Обзор иностранных приложений

Доктора Itifat Husain и Satish Misra подготовили обзор 20 лучших бесплатных приложений для iPhone, ориентированных на профессионалов в области здравоохранения. Вот некоторые из них:

– Feedly, Dropbox и Evernote – немедицинские приложения, облегчающие пользователю работу с различного рода текстовыми документами и файлами.

– QxMD и Docphin – позволяют читать медицинские журналы в удобном формате, имеют функцию самообновления и не требуют повторного входа в портах предоставляющего вам доступ учреждения.

– MicroMedex, Epocrates и Monthly Prescribing Reference – представляют подробную информацию о лекарственных препаратах.

– Medscape и MedPage Today – всеобъемлющие и всемирно известные медицинские информационные системы, включающие медицинский раздел новостей, медицинские калькуляторы, медицинские образовательные ресурсы, базы данных журнальных статей и широкий спектр медицинской справочной информации.

– Медицинские калькуляторы для мобильных устройств, например, QxMD's Calculate (а также платные программы MediMath and MedCalc).

– MediBabble – является лучшим медицинским приложением-переводчиком иностранных языков.

– Обучающие приложения для пациентов Heart Decide (3D-визуализация сердечных структур) и First Aid от Американского Красного Креста, информирующее пользователя о правилах оказания первой медицинской помощи.

– Обучающие приложения для специалистов, такие как The Electronic Preventive Services Selector (ePSS) от AHRQ, Radiology и AANS, разработанное Университетом нейрохирургии Индианы совместно с Американской ассоциацией нейрохирургов.

(В этом разделе хотелось бы упомянуть также не указанные в обзоре приложения 3D4Medical.com, позволяющие изучать анатомию и физиологию человеческого организма, часть из которых доступны для бесплатного скачивания.)

– Epocrates CME – инструмент непрерывного медицинского образования, которое сейчас позиционируется как обязательная составляющая профессиональной деятельности медицинского работника (см. также Medscape и MedPage Today).

– Doximity – специализированная социальная сеть, предназначенная для врачей и работников сферы здравоохранения; QuantiaMD – не является типичной социальной сетью, больше похоже на сообщество врачей, организованных вокруг общей цели обучения и совершенствования своих практических знаний и навыков, с большим количеством форумов и обсуждений. (Надо отдать должное, в последнее время появилось сразу несколько русскоязычных медицинских коммуникативных порталов для работников сферы здравоохранения, как например, «Доктор на работе», «Evrika.ru» и «Врачи РФ», доступ к которым может осуществляться в том числе посредством мобильного интернета).

В обзор также не вошла группа популярных за рубежом приложений, упрощающих деятельность практикующего врача, например DrChrono EHR, бесплатное в минимальной комплектации и позволяющее создавать электронные истории болезни больного, а также добавлять рентгеновские и другие изображения, видеозаписи, распознавать и преобразовывать речь с медицинскими терминами в текст.

#### Обзор российских приложений

Для оценки рынка отечественных медицинских приложений, мы посетили один из русскоязычных интернет-сайтов (<http://apps4all.ru/>) и выбрали 2 интересные нас категории: «медицина» (93 приложения) и «здоровье и фитнес» (75 приложений соответственно). Большая часть их работает на базе платформ Apple и Android. Среди программ наиболее широко представлены:

– Приложения, с помощью которых можно найти интересующую пользователя клинику и записаться на прием (например, приложение «ЕМИАС» – единая медицинская информационно-аналитическая система).

– Официальные приложения медицинских и диагностических центров, позволяющие получить информацию о режиме работы, стоимости услуг, записаться на прием и т.д.).

– Медицинские справочники и справочники, содержащие информацию о лекарственных препаратах, ближайших аптеках и способах оказания первой медицинской помощи.

– Приложения, предназначенные для регистрации и хранения информации о медицинских показателях и лекарственной терапии пользователя.

– Информационные приложения для специалистов в области здравоохранения (например, «Новости медицины»).

– Приложения, ориентированные на формирование здорового образа жизни (фитнес, диета и пр.).

На интернет-портале Google-play в разделе «Медицина» удалось найти несколько сотен приложений для Android, большую часть которых мож-

но скачать бесплатно. Среди них наиболее интересны:

– Фармакологические справочники, в том числе Видаль (кардиология, офтальмология, онкология), справочник Машковского, РЛС.Энциклопедия лекарств-2014, а также РЛС-сканер, который позволяет производить поиск описания препарата по штрих-коду упаковки;

– Международный классификатор болезней (МКБ-10) и первый универсальный справочник по медико-экономическим стандартам оказания медицинской помощи, который был разработан с использованием документов Департамента здравоохранения г. Москвы, и включает в себя: коды МКБ, протоколы лечения и диагностики, требования к выздоровлению и сроки пребывания пациента в стационаре.

– Большое количество других медицинских справочников: от рассчитанных на обывателя (например, приложение «Анализ», который содержит информацию о наиболее распространенных лабораторных анализах и инструментальных исследованиях и их интерпретации) до достаточно профессиональных (например, «Кардиология. Справочник», который разрабатывался для врачей стационаров, в качестве источников для его подготовки использовались журналы Lancet, Circulation, JAMA Internal Medicine, The New England Journal of Medicine, Journal of the American College of Cardiology и многие другие).

– Многочисленные анатомические атласы, справочники и интерактивные пособия.

– Калькуляторы, в том числе уже описанный ранее Calculate by QxMD, а также русскоязычный калькулятор расчета скорости клубочковой фильтрации и программа для расчета основных эхокардиографических параметров «Эхокардиография».

– Приложения известных медицинских ресурсов Medscape и Skyscape.

К сожалению, большая часть доступных российскому потребителю отечественных разработок в области m-Health ориентировано, преимущественно, не на профессионала в области медицины, а на пациента. Будем надеяться, что с ростом продаж мобильных устройств в нашей стране будет развиваться и рынок мобильных приложений. А пока этого не произошло, изучайте иностранные языки. Как сказал наш коллега, Антон Павлович Чехов: «Сколько языков ты знаешь – столько раз ты человек».

Татьяна Некрасова  
 Фото: [mhealthwatch.com](http://mhealthwatch.com)

По прогнозам, в 2015 году почти 500 миллионов из 1,4 миллиарда владельцев смартфонов в мире будут пользоваться мобильными медицинскими приложениями. Газета «Врачи Санкт-Петербурга» заинтересовалась, какие приложения могут использовать врачи в своей практике.

m-Health (m-health или Mobile Health) – термин, используемый в здравоохранении и практической медицине применительно к мобильным устройствам (мобильным телефонам и смартфонам, планшетным компьютерам, КПК). M-Health-приложения позволяют осуществлять сбор и систематизацию клинических данных о состоянии здоровья пациентов, получать медицинскую информацию врачам, исследователям в области здравоохранения и пациентам, проводить мониторинг различных показателей и жизненно важных функций, а также осуществлять медицинскую помощь (мобильная телемедицина).

В нашей стране Минздрав включил разработку новых способов мобильной диагностики и информатизацию системы здравоохранения в государственную программу «Развитие здравоохранения Российской Федерации до 2020 года». «Российская газета» сообщает, что в рамках этой программы должны быть реализованы такие сервисы, как электронная запись на прием к врачу через единую систему записи на портале госуслуг, электронная медицинская карта, электронный рецепт, телемедицинские консультации, системы видео-конференц-связи, дистанционный мониторинг и скрининг больных с хроническими заболеваниями, сервис «личный кабинет пациента».

Сейчас в России представлено примерно 16 проектов, продуктов и сервисов в области m-Health. Кроме них, пользователям мобильных устройств доступны иностранные платные и бесплатные программы в магазинах приложений.

Где во врачебной практике можно применить приложение для мобильных устройств?

Все m-Health-приложения подразделяются на две основные группы. К первой относятся те, что можно скачать в интернет-магазинах. Эту группу можно разделить по категориям: «общее здоровье», «фитнес», «медицинская информация» (справочники, информирование, образование), «удаленные консультации и мониторинг», «управление здоровьем» (электронные карты пациентов, логическая и платежная поддержка).

Вторую группу составляют сложные приложения для мобильных устройств, работа которых требует дополнительных приспособлений или гаджетов. Так, одним движением руки, но за определенную сумму, вы можете превратить свой смартфон в одноканальный электрокардиограф (стоимость – около 200\$), полноценный мобильный УЗИ-аппарат (800\$), глюкометр (20\$ за тест-полоску по программе Sanofi) или тонометр (7500 рублей, <http://www.withings.com/ru>).

Как понять, что приложению можно доверять?

Американское Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA – Food and Drug Administration) частично взяло на себя обязанности регулирования использования и продаж медицинских приложений, но только тех из них, которые могут быть приравнены к медицинским приборам (таким как глюкометр или электрокардиограф, например) и использование которых может отразиться на здоровье человека, тогда как справочные медицинские системы или индивидуальные оздоровительные приложения (шагомеры, мониторы сердечного ритма и т. п.) надзору FDA не подлежат.

Для сертификации медицинских приложений также создана компания Harptique, ставшая первой комплексной платформой управления медицинскими мобильными приложениями. Сначала приложения будут про-

\* Юзать (что-либо) (от англ. use) — использовать (например, компьютерную программу). (Источник – Викисловарь, компьютерный сленг)

Уважаемые коллеги!  
 О чем вы хотели бы прочесть на страницах нашей газеты?  
 Предлагайте темы и материалы:  
[info@vrachi-spb.ru](mailto:info@vrachi-spb.ru)

# КАК ЗАЩИТИТЬ ДОБРОЕ ИМЯ ВРАЧА?

*«Не навреди», – давно уже, увы, не клятва, в халатах белых чаще действуют халатно, И может честно клясться Гиппократом Один лишь врач – патологоанатом...*

*Это четверостишие, гуляющее по просторам интернета, отражает отношение многих людей к врачебной профессии. Дурная слава идет о ней все чаще и в СМИ, и среди пациентов. Почему так происходит, кто должен защищать доброе имя врача, и сохранилось ли у наших докторов понятие врачебной чести, мы спросили у врачей Санкт-Петербурга.*

Врач должен относиться к пациентам так, как хотел бы, чтобы относились к нему и к его родственникам



**Алексей Михайлович Беляев – д. м. н., профессор, директор Санкт-Петербургского НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова**

**– Почему о врачах в последнее время все чаще идет недобрая слава?**

– В чем недобрая слава, в том, что берут

деньги или плохо оказывают помощь? Дыма без огня не бывает, наверное. Но разве у нас все остальное в обществе нормально? Врачи – отражение процессов, происходящих в обществе. Сейчас приходят доктора, выросшие в 90-е годы, когда начался слом ценностей, и материальные стали доминировать над духовными.

Да и подход к профессии у нас не совсем верный. Наша профессия требует особой подготовки, и чтобы достичь мастерства, нужно долго к этому идти, постоянно учиться и заниматься

самосовершенствованием. У нас этого нет, и, в целом, вся система здравоохранения создана для «среднего» доктора и «среднего» уровня оказания помощи. Может быть, поэтому у нас и доктора «средние». Но обо всех говорить нельзя, у нас много хороших специалистов.

Думаю, нужно и воспитание улучшать, и культуру повышать, и условия работы нормальные создавать, и жестче ставить требования перед докторами. Нужно сделать так, чтобы врачи держались за свою профессию и понимали, что один недостойный поступок может перечеркнуть всю их карьеру.

**– Кто должен защищать доброе имя врача и честь врачебной профессии?**

– Государство. Оно должно обеспечивать достойную зарплату и достойные условия работы. И как-то делать так, чтобы в СМИ рассказывали не только о недостойном поведении врачей, но и чаще говорили о тех, кто всю жизнь отдал профессии. Последних, все-таки, несоизмеримо больше. Ну, и юристы в спорных ситуациях.

**– Что для вас значит честь врачебной профессии?**

– Я бы говорил, скорее, о порядочности, компетентности, мастерстве, воспитании и культуре общения с больными. Общаясь с врачом, люди должны понимать, что ему можно доверить жизнь и здоровье: свои или близкого человека.

**– Понятие чести для современных врачей осталось неотъемлемой частью профессии или стало философской категорией?**

– Для каждого по-своему, а я считаю, что это неотъемлемая часть профессии.

**– Что современные врачи делают, чтобы сохранить понятие чести и воспитать его у молодых докторов?**

– По-разному, есть те, кто об этом не задумывается вообще. А есть те, кто старается и своим примером показать молодым докторам, каким должен быть врач, и объяснить, как нужно общаться с больными и их родственниками. Очень важно, в какую среду попадает молодой врач, и важно, с каким воспитанием он уже пришел в вуз – человека не переделаешь.

**– Есть ли у вас свой кодекс чести врача? В чем он заключается, и соблюдаете ли вы его?**

– Стараюсь относиться к пациентам так, как хотел бы, чтобы относились ко мне и к моим родственникам. Это, по-моему, основной принцип любого врача.

**– Что, на ваш взгляд, чаще всего заставляет врачей поступать своей честью?**

– Надо разобраться, умышленно врач это сделал или нет. Чаще всего проблема оказывается в том, что человека просто не научили как-то вещам, а бывает так, что врач хочет сделать как лучше, а выходит иначе. Кто-то преследует меркантильные цели.

**– Что может заставить переступить черту кодекса чести лично вас? Были ли у вас такие случаи?**

– Наверное, бывают такие моменты. Чаще это моменты слабости, когда пациенты приходят и разговаривают с тобой, как с официантом, иногда срываешься и начинаешь им жестко отвечать. Иногда приходится обманывать, понимая, что правда больному не нужна.

Если человек правильно выбрал профессию, честь всегда будет его спутником



**Александр Николаевич Мироненко – главный врач городской больницы № 15, ранее – заместитель начальника ВМедА им. С.М. Кирова по клинической работе.**

**– Почему о врачах в последнее время все чаще идет недобрая слава?**

– Среди врачей попадаются разные люди, наверное, как и в любой профессии. Более того, врачи – не бесплотные ангелы в белых халатах, они живут в обществе, впитывая его законы и принципы. И в силу объективных и субъективных причин появляются люди, которые позорят высокое звание врача и совершают поступки, не соответствующие общепринятым представлениям о «человеке в белом халате».

Эти люди бросают тень на всех докторов, поэтому «плохими» оказываются все. Случаев, о которых говорят журналисты, может быть, и не так много, но из-за их сенсационной подачи формируется негативное отношение к врачам.

**– Кто должен защищать доброе имя врача и честь врачебной профессии?**

– Не хотелось бы, чтобы кому-то приходилось защищать доброе имя врача, потому что честь врачебной профессии должна быть незыблема и не должна подвергаться сомнениям даже в мыслях – ни у врачей, ни у пациентов. Думаю, только само медицинское сообщество может сделать шаги, позволяющие медикам создать свою структуру, которая не будет нуждаться в защите.

**– Что для вас значит честь врачебной профессии?**

– Врачебная честь – это беззаветное служение людям и страждущим. Если человек правильно выбрал профессию, находится в гармо-

нии с тем делом, которым занимается, и хочет работать с полной отдачей, то честь всегда будет его спутником.

**– Понятие чести для современных врачей осталось неотъемлемой частью профессии или стало философской категорией?**

– Безусловно, профессия врача неразрывно связана с понятием чести, которое до сих пор остается неотъемлемой частью профессии.

**– Что современные врачи делают, чтобы сохранить понятие чести и воспитать его у молодых докторов?**

– Врачи, в том числе и руководители, должны показывать своим примером, как нужно поступать. Огромную роль играют педагоги в учебных заведениях, ну, и, конечно, врачи более опытные должны становиться наставниками для молодых, брать над ними шефство. А сейчас, думаю, и наша организация должна стать одним из идеологов и проводников понятия врачебной чести.

**– Есть ли у вас свой кодекс чести врача? В чем он заключается, и соблюдаете ли вы его?**

– К нему я отношу все Божьи заповеди, клятву Гиппократа, «заповеди строителя коммунизма», все разъяснения, которые дает Гражданский кодекс, и все, что укладывается в юридическое право.

**– Что, на ваш взгляд, чаще всего заставляет врачей поступать своей честью?**

– Очень трудно ответить на этот вопрос, потому что в каждом конкретном случае нужно спрашивать человека, который попал в неприятную ситуацию.

**– Что может заставить переступить черту кодекса чести лично вас? Были ли у вас такие случаи?**

– Нет, не было, и я такой ситуации не представляю.

Понятие врачебной чести переходит в разряд философии



**Валерий Дмитриевич Пронин – студент 6 курса факультета подготовки врачей для военно-воздушных сил ВМедА им. С.М. Кирова.**

**– Почему о врачах в последнее время все чаще идет недобрая слава?**

– В академии я не сталкиваюсь с тем, что кто-то плохо говорит о врачах. Но я приезжаю домой, в Вологодскую область, и вижу совсем другое. Но и врачи там другие, там всем безразлично – умирает или не умирает человек, хорошо бы, чтобы денег дал. Хотя у врачей тоже положение незавидное: зарплаты низкие, пациентов много, времени на прием мало. В Японии на прием одного человека выделяется час-полтора, а у нас – 10-15 минут. Что врач за это время может сделать? А пациент, конечно, уходит недовольный, считает, что внимания ему не уделили должного. В общем,

и врачи сами виноваты в этой недоброй славе, и государство, которое создало невыносимые условия для работы, и пациенты, которые не всегда понимают, что происходит.

**– Кто должен защищать доброе имя врача и честь врачебной профессии?**

– Сами врачи, конечно. Как минимум, мы должны стараться не подавать повода усомниться в своей добросовестности.

**– Что для вас значит честь врачебной профессии?**

– Наверное, соблюдение определенных правил поведения и принципов. Самое главное среди них – это быть профессионалом, оставаться человеком и всегда ставить себя на место пациента.

**– Понятие чести для современных врачей осталось неотъемлемой частью профессии или стало философской категорией?**

– Для кого как: это все от человека зависит. Но видно тенденцию, что она становится чем-то из разряда философии. Другие ценности в обществе, все за деньгами гонятся. У нас считается, если парень в 21 год не зарабатывает 50 ты-

сяч, он неудачник. А где студент-медик может столько заработать? Ужас еще и в том, что нас учат меньше думать, заставляя работать по стандартам. А в итоге исчезает клиническое мышление. Сейчас у врачей пропадает духовность, скоро пропадет клиническое мышление, и тогда врач станет социальной функцией в белом халате. Хотя для военных врачей пока понятия чести и достоинства все еще важны. Те, у кого понятия чести нет, думаю, уйдут из медицины, примерно полкурса уйдет. А у тех, кто хочет остаться клиницистами, оно привито – у всех в разной степени, но у всех в достаточной.

**– Что врачи сейчас делают, чтобы сохранить понятие чести и воспитать его у молодых докторов?**

– Могу судить только по своей академии. Те, у кого понятие чести есть, пытаются привить его молодым поколениям. Все по-своему, конечно. Кто-то пытается нам мораль читать; кто-то просто советует, как лучше поступить; кто-то учит своим примером. И последних у нас достаточно, поэтому я раньше не всегда понимал, почему плохо говорят о врачах.

**– Есть ли у вас свой кодекс чести врача? В чем он заключается, и соблюдаете ли вы его?**

– Я думаю, что основные принципы изложены в клятве врача, которую мы даем. И, конечно, я стараюсь соблюдать ее. Хорошо бы, чтобы все врачи ее почаще перечитывали.

**– Что, на ваш взгляд, чаще всего заставляет врачей поступать своей честью?**

Можно, конечно, сказать, что тяжелая жизнь. Но, думаю, это не совсем так. Проблема, скорее, в неправильном этическом воспитании. Мне кажется, если доктор впитал в себя врачебные традиции и у него есть любовь к людям, вряд ли он поступится своими принципами. Думаю, что в наше время очень не хватает воспитания врачебного. У нас в академии, например, деонтология, никак почти не преподавалась, а жаль.

**– Что может заставить переступить черту кодекса чести лично вас? Были ли у вас такие случаи?**

– Мне сложно об этом судить, потому что я еще не работаю, но думаю, что вряд ли есть что-то такое, чтобы заставило меня это сделать.



## С НОВЫМ ГОДОМ, ВРАЧИ САНКТ–ПЕТЕРБУРГА!



**Лев Аронович Сорокин – заведующий кардиологическим отделением для лечения больных с инфарктом миокарда Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы**

Дорогие коллеги! Последние дни уходящего года всегда связаны с волнующим ожиданием праздника, чуда. Новый год проходит без чудес, но через год мы снова полны надежд. Вот, в конце 2013 года, президент отменил «медицинское обслуживание», разве это не чудо?! Позвольте пожелать вам, дорогие друзья, чтобы 2014 год был чудесным; чтобы, наконец, исчезло понятие «квота»; чтобы не тромбировались стенты; чтобы можно было смотреть прямо в глаза пациенту, произнося фразу: «Покупать ничего не надо, в нашей больнице все есть!»; чтобы построили больницу в Приморском районе; чтобы в сосудистых центрах было не менее двух ангиографов; чтобы прекратились «чудеса» с изменением времени суток и чтобы призыв В. Жириновского: «Ограничить долю негативной информации в СМИ до 20%», – имел под собой реальную основу.

С Новым годом!



**Петр Казимирович Яблонский – д.м.н., профессор, врач высшей категории. Главный торакальный хирург России, главный хирург Санкт-Петербурга, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии**

Прежде всего, хотелось бы пожелать здоровья: и себе, и коллегам, и нашим пациентам. Сказать слова благодарности пациентам за то, что доверяют нам самое ценное, что у них есть, – свое здоровье и свою жизнь. Сохранить это доверие – одна из главных задач организации и каждого из нас. Во-вторых, пожелать большей корпоративности, коллегиальности, ответственности за то, что мы делаем, и чаще встречаться на консилиумах, конференциях, заседаниях научных обществ, нежели на разного рода комиссиях. Хотелось бы пожелать, чтобы мы стали организованнее, продуктивнее и эффективнее, чтобы те ресурсы, которые нам выделяют, тратились с пользой. Ну и, конечно, личного: чтобы мы любили, были любимы, чтобы всегда рядом были наши близкие, чтобы мы шли на работу с радостью, а домой – с еще большей радостью.

С Новым годом!



**Владимир Владимирович Андреев – сосудистый хирург отделения сердечно-сосудистой хирургии №1 СЗГМУ им. И.И. Мечникова**

Дорогие Врачи! Желаю в Новом году всем нам стать еще более профессионально успешными! Желаю, чтобы благодаря вашему самоотверженному труду еще больше людей восстановили утраченное здоровье. Желаю, чтобы каждый день, каким бы он ни был тяжелым, приносил в конце радость и удовлетворение от проделанной работы! Конечно же, желаю, чтобы все загаданное вами в новогоднюю ночь непременно сбылось! Чтобы в год лошади, с этим умным и грациозным животным, вы легко добрались до поставленной цели, какой бы далекой она ни казалась! И еще – желаю вам быть желанными и нужными! Чтобы как можно больше не только своих, но и чужих желаний вы могли исполнить в наступающем году. И чтобы, отдавая другим, вы становились внутренне богаче и счастливее! С новым годом!



**Алексей Анатольевич Савельев – врач-кардиолог Северо-Западного центра диагностики и лечения аритмий Санкт-Петербургского государственного университета**

Поздравляю всех коллег с наступающими праздниками – Новым годом и Рождеством!

Очень хочется, чтобы в Новом году нам сопутствовала удача, чтобы были здоровы мы сами и наши близкие, и чтобы всегда хватало сил справиться с теми задачами, которые ставит перед нами жизнь. Наша работа не из самых легких, и, чтобы справиться с ней, необходимо ощущение уверенности, которое дает нам поддержка родных, друзей и коллег. Пусть она будет у нас в наступающем году! Но пусть и мы сами не будем забывать, что они тоже нуждаются в нашей поддержке! Счастья, удачи и новых достижений всем вам! Счастливого Нового года!



**Валентин Александрович Панов – врач травматолог-ортопед отделения травматологии и ортопедии Клинической больницы № 122 им. Л.Г. Соколова**

Дорогие друзья, коллеги, соратники! Желаю вам здоровья, удачи и успеха! Пусть все нежнее на глаза не полагается, а только благодать да блаженство сопутствуют во всем! Пусть в Новом году три волшебные буквы «О», «М», «С» принесут, в конце концов, радость и достаток, взамен горя и разочарований! Желаю толковых руководителей и благодарных пациентов, каждому специалисту – по секретарю, и каждому секретарю – по заслугам его. Пусть взойдет ясное солнце на мирном небе отечественного здравоохранения!



**Вадим Иванович Мазуров – д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик РАМН, вице-президент Ассоциации ревматологов России, проректор по клинической работе и заведующий кафедрой терапии и ревматологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова**

Поздравляю с наступающим Новым годом и желаю всем коллегам и пациентам здоровья, счастья, благополучия и успехов!

Хотелось бы, чтобы в новом 2014 году продолжилась политика, направленная на социальную защиту и поддержку врачебного состава («дорожная карта», доплаты и т.д.) и дальнейшее развитие здравоохранения нашего города. Чтобы сохранились и совершенствовались уже существующие нововведения, новые технологии, развивались организованные центры, поддерживалось взаимодействие между федеральными и муниципальными медицинскими учреждениями ради сохранения здоровья населения города и страны. И хотелось бы, чтобы наша организация заняла одну из ведущих позиций в повышении профессионализма врачебного сообщества Санкт-Петербурга.



**Юрий Игоревич Комаров – врач-онколог, аспирант ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России**

Друзья! Поздравляю с Новым годом! Пусть он принесет только положительные эмоции и выздоровление вашим пациентам. Желаю, чтобы наше правительство задумалось об ординаторах и аспирантах и обеспечило им нормальное существование.

С Новым годом!

## КАК ВРАЧИ ВСТРЕЧАЮТ НОВЫЙ ГОД НА РАБОТЕ

Почти каждый доктор стационара и «Скорой помощи» хоть один раз в жизни встречал Новый год на работе. Врачи Санкт-Петербурга поделились своими впечатлениями от праздника в кругу коллег.



**Валерия Вадимовна Сенаторова – врач-терапевт Госпиталя ветеранов войн**

Новый год – для медицинских работников праздник, безусловно, крайне веселый, интересный и запоминающийся. Пациенты поздравляют с Новым годом и желают крепкого здоровья, что не может не радовать, при этом в подарочном пакете явно стеклянные подарки. Пациенты так и стремятся покинуть отделение, чтобы ни в коем случае не остаться на Новый год в больнице. Видимо, действует примета, как встретишь Новый год, так его и проведешь. Но те редкие пациенты, которые вынуждены (по медицинским показаниям) остаться в стационаре, не унывают, веселятся, празднуют, как остальные здоровые люди. Когда я работала медицинской сестрой, мне доводилось в течение двух лет подряд заступать на дежурство 1 января. И воспоминания у меня самые веселые! Во-первых, пациентов не слышно и не видно, как минимум, до обеда. Тех, кого видно и слышно, как правило, приходится «капать внепланово». Во-вторых, вечером продолжается встреча Нового года! А в-третьих, нарядная елка в отделении, капельницы в серпантине, запах мандаринов на посту, снежинки на окнах сестринской... Я думаю, что каждый коллега поймет мое новогоднее настроение и сможет еще раз широко-широко улыбнуться предстоящему году Синей деревянной лошади!!! С Новым годом! Удачи, везения, здоровья, радости и чудес в новом году!



**Алина Андреевна Федосова – врач выездной бригады ОСМП городской поликлиники № 32 Петродворского района**

Помню свой первый рабочий Новый год. В 00:00 на вызове отмечала его регистрацией ЭКГ у бабушки с болевым синдромом на фоне остеохондроза. А они с дедом даже не в курсе были, что Новый год... Выезжая на вызов, мы думали, что одиноким старикам Дед Мороз со Снегурочкой понадобились. Когда я их, уходя, с праздником поздравила, они на меня такими недоумевающими глазами посмотрели... А потом, после двенадцати, мы с фельдшером всех с «наступающим» так и поздравляли, потому что, оказывается, мозг уже настолько привык слушать обращение президента и бой курантов, что, если этого не происходит, сложно переключиться и осознать, что Новый год уже наступил.

**Иван Александрович Зайцев – дежурный хирург Токсовской районной больницы**

Что происходит в праздник? Большое скопление не очень и очень пьяного народа. Случается все, что может и не может случиться. В основном обращаются с травмами различной тяжести и этиологии. В этот момент у общих хирургов «жаркая» пора. Люди забывают, что праздник не только у них, но и у нас. Сильные эмоции рожают разные ситуации. Можно в это не поверить, но я не помню, чтобы меня кто-то поздравил с праздником, зато вспоминается масса трагикомичных ситуаций, иногда доходящих до абсурда.

Для меня, хирурга приемного покоя сельской больницы, праздник – это очень тяжелая рабочая смена. Когда я дежурил в Новый год, половина сотрудников больницы, будучи не обременены работой, могли себе позволить немного насладиться праздником, в то время, как некоторые из нас пахали как проклятые. И какие-то особенные моменты со временем забылись, оставив лишь ощущение постоянной работы. Считается, что лучше отработать 31 декабря, чем 1 января. Но это спорный момент, худшее время, на мой взгляд, 2 и 3 января, когда основная часть местных обитателей выходит из алкогольно-салатной спячки.

Так что, для всех Новый год на работе очень разный. Но все равно присутствует какое-то особое настроение, драйв в высшей мере, удовольствие от хорошо выполненной работы и от того, что все-таки справились.